

中国農村部における医療保険システムの現状と制度改革に関する研究：「新型農村合作医療制度」を対象に（平成22年度資源環境経済学講座博士論文要旨）

著者	張 雅青
雑誌名	農業経済研究報告
巻	42
ページ	75-76
発行年	2011-02
URL	http://hdl.handle.net/10097/50553

中国農村部における医療保険システムの現状と制度改革に関する研究
—「新型農村合作医療制度」を対象に—

張 雅 青

A study on the present situation and institutional reform of the rural medical insurance system in China –Object to the New Rural Cooperative Medical System–

中国では、初めて国家医療保険の概念を導入したのが、約 100 年前の清王朝であったが、本格的な医療保険制度の確立は中華人民共和国建国後であった。建国初期、都市部では、企業の従業員や公務員などを対象とした「労働保険医療制度」と「公費医療制度」が実施された。財源は国家あるいは企業が全額負担し、福祉的性格の強い制度であった。これに対して農村部では、「農村合作医療制度」が実施された。この制度は、村民の自由意志による共済形態の医療保険制度であり、政府の関与は少なく、運営資金は人民公社の公益金及び村民からの保険料で賄われた。財源が少ないため、「合作医療制度」の保障水準は都市部のそれに比べ低く、薬代も全額自己負担であった。

改革開放以降における生産請負制の実施に伴い、運営主体となる人民公社などの集団経済組織が解体し、「農村合作医療制度」が崩壊した。さらに、近年、高齢化の進行や慢性疾患の増加に伴い、医療費が高騰し、農村住民の経済負担は増大している。そのまま放置すると社会不安の要因となりかねない。このため中国政府は「新型農村合作医療制度」（以下「新農合」と略）を創設し、2003 年から実施している。「新農合」の実施以来、多くの研究が行われた。しかし、これらの研究は保険理論からの解説や単一農村地域を対象とする研究に偏っており、経済発展の異なる地域間での比較検討は行われていない。また、貧困地域を対象とする実態調査に基づく研究が乏しく、「新農合」の運営実態および、農村住民の新制度に対する評価を把握できていない。さらに、「新農合」の考察にあたっては、経済発展の異なる地域間の比較研究が効果的であると考えられ、本研究では、経済発展レベルの異なる三つの地域の現地調査に基づく「新農合」の現状分析を行い、中国農村部医療保険システムの問題点と今後の制度改革の方向を明らかにする。

本研究では、経済発展地域として北京市大興区の A 鎮、中レベルの発展地域として山東省萊西市の B 鎮、貧困地域として湖北省恩施州巴東県の C 鎮を取り上げ、「新農合」の実行機関に聞き取り調査および、農戸訪問によるアンケート調査を行い、「新農合」への加入状況や保険基金状況、農家の「新農合」に対する評価・要望などを把握した。

聞き取り調査結果によると、対象地域の農民一人当たりの収入は、地域の経済発展レベルによって大きな格差がある。経済発展の高い地域ほど率先的に「新農合」が実施されているが、いずれの地域も、2009 年度の加入率は、全国平均（94.2%）を上回っている。しかし、保険基金は地域経済の発展の程度によって大きく異なり、このため、貧困地域では、医療費の給付率と給付限度額が低く設定されている。給付範囲も同様であり、保険基金が不足している C 鎮では、外来診察料が給付の対象外になっている。また、医療費の給付算定方式も地域により異なっている。B 鎮と C 鎮では、不合理な算定方法を用い、患者への給付金額が減額され、農村住民の権利が侵害されている。さらに、「新農合」は、病院を指定し、被保険者が加入した地域の指定医療機関で給付されることが前提となっている。B 鎮と C 鎮は、出稼ぎ人口は年々増えている中、流動人口の医療保険問題も看過できない。加えて、C 鎮では医療従事者の数が少ないことや医師のスキルをはじめとする医療サービスの質が必ずしも高くないといった問題も指摘されている。

アンケート調査結果によると、いずれの地域でも受診費用が高いという回答が多い。その原因として、経済発展地域（A 鎮）では、薬代や入院治療費が高いことが挙げられている。他の地域（B 鎮、C 鎮）では、それに加えて医療保険の給付が少ないことも挙げられている。アンケート調査の回答に基づき実際の給付率を算出した結果によると、経済発展地域では給付率が 80%を超えているに対し、中レベルの発展地域および貧困地域ではそれぞれ 30%と 20%しかなく、給付率

に大きな地域間格差が存在している。このため貧困地域では、収入が少ない上に医療費の給付率が低いことから、医療衛生への支出は家計の中で大きな負担となっている。また、医療機関に対する監督機能の制度上の不備により、過度なサービスの提供などといった違法行為も頻発している。さらに、貧困地域では、「新農合」の管理部門の人手不足や財政難の理由から、「新農合」に対する宣伝が不十分である中、住民の理解不足といった問題も生じている。総じて、農村住民は、「新農合」の実施を大いに評価しているものの、その運営には批判的な意見を持っていることが明らかになった。

このように、現地調査により、「新農合」に運営に存在している問題点を明らかにした。また、この制度の改革にあたり、主要諸国に実施されている各医療保険制度を参考した。ここでは、主要各国の医療保険制度をその財源に着目して分類した。具体的には、「国民保健サービス方式」のイギリス、「市場メカニズム方式」のアメリカ、「社会保険方式」の日本を対象として取り上げ、比較・検討した。ここで、WHO の医療保険システムの評価項目である「アクセス」・「コスト」・「クオリティ」を用いて評価を行った。調査対象 191 カ国のうち、日本は「アクセス」面で 1 位、「コスト」面で 10 位、「クオリティ」面で 6 位にランク付けられ、比較対象の 3 ヶ国の中で最も高い評価が得られている。また、高度経済成長期における農工間の経済格差問題、農村から都市への大量の人口流入など、日本と中国の医療保険制度創設の背景には多くの類似性がみられた。日本の医療保険制度の経験から、①医療保険制度の充実に不可欠な法体系の完備が不可欠②各保険者間、被保険者間の格差を政府が調整する仕組みの確立③医療保険への強制加入の制度化④保険証による国内全診療機関へのアクセスフリーの保証など中国農村部医療保険制度の改革に多くの示唆を与えた。

最後に、中国農村部医療保険制度の改革方向を提案した。ここでは、都市部の非正規雇用者を対象とする「都市住民基本医療保険制度」と「新農合」を統合し、農村医療問題の多くを解決することができると考え、統合後の制度を「城郷住民基本医療保険」(仮称)とした。

「都市住民基本医療保険制度」と「新農合」は、制度加入の任意性、世帯加入、保険基金の財政拠出依存、給付範囲の制限、被保険者の収入の不安定性など多くの類似点を有するため、統合にあたって大きな支障はないと考えられる。また、両制度の統合により、流動人口の加入制限の緩和、管理の効率化、設備の有効利用、「城郷差別の是正」といったメリットが期待できる。具体的な制度設計は以下の通りである。

1) 加入対象は「都市従業員基本医療保険制度」の対象外の全員とする。2) 制度への加入は強制とし、病院による給付率を地域内で統一する。3) 個人納付額に段階を設定し、加入者の意思により、高い保険料を支払えば、高い給付率を受け取ることができる仕組みとする。4) 保険基金を拡充・確保する。5) 年度末に保険基金に余剰が生じた場合、高額医療費の 2 次補償や前年度給付を受けない被保険者を対象に無料の健康診断を提供する。6) 新制度の管理機関を社会保障専門の社会保障部に移行し、管理の効率化を図る。

この制度の実現には、法律の整備・改正とそれに見合った保険基金の確保が不可欠である。法体系の整備にあたっては、制度への強制加入、給付率の統一、医療機関への監督責任の明確化などを明文化することが必要である。保険基金の拡充・確保には、政府の医療衛生への財政拠出拡大と財政拠出配分の是正などにより、安定した財源を確保することが必要である。

このように、本研究は、現地調査に基づき、中国農村部医療保険制度の問題点を明らかにするとともに、同制度の改革に関する提案を行った。